18

Ueber

Carcinom der Unterleibsorgane

nach Ovariotomie.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

bei

hoher medicinischer Facultät zu Marburg

eingereicht von

Wilhelm Gruss

aus Brilon.

Marburg.

Universitäts-Buchdruckerei (R. Friedrich).

1886.

Seinem verehrten Freunde

Herrn Director Black in Brilon

hochachtungsvollst

gewidmet.

In der Marburger gynäkologischen Klinik kam im Laufe des Jahres 1885 einer der seltenen Fälle zur Beobachtung, in denen sich einige Zeit nach glücklich ausgeführter Entfernung eines unverdächtigen Ovarientumors Carcinom der Organe entwickelte, welche bei der Operation in Betracht kamen.

Herr Prof. Ahlfeld hatte die Güte, mir diesen Fall als Thema für meine Inaugural-Dissertation zu überlassen, wofür ich ihm hiermit meinen besten Dank sage.

Zunächst will ich die Beschreibung der thatsächlichen Verhältnisse bringen, wie solche in den Protokollen sich verzeichnet finden:

Am 18. März wurde Frau Zeiss in die hiesige Frauenklinik aufgenommen. Dieselbe war 51 Jahre alt, seit 20 Jahren verheirathet und hatte zwei Mal, das letzte Mal 1873 geboren. Im 46sten Jahre trat die Menopause ein. Am 15. Februar 1885 trat wiederum Blutung auf, welche fortdauerte und die Kranke bewog, die hiesige Klinik aufzusuchen.

Die Untersuchung ergab als Quelle der Blutung einen aus dem Muttermunde herausragenden Schleimpolypen. Ausserdem wurde aber constatirt, dass ein Tumor des Unterleibs, bis über den Nabel reichend, vorhanden war. Von der Symphyse aus gemessen, hatte derselbe eine Höhe von 20,4 ctm.; der Leibesumfang betrug 83,5 ctm. Der Tumor zeigte ungleiche Consistenz, nach oben zu war er deutlich cystisch. Er lag ziemlich in der Mittellinie, so dass man Anfangs dachte, er ginge vom Uterus aus; doch zeigte sich die Uterushöhle nur $7^3/_4$ ctm. lang; die Sonde ging nach rechts und nach vorn.

Die Probepunktion, am 26. März ausgeführt, ergab eine dünne, etwas grünliche Flüssigkeit von 1014 specif. Gewicht.

Herr Prof. Marchand, dem ein Theil der Flüssigkeit zugesendet, berichtete über den Befund: Punktionsflüssigkeit blassgelblich, klar; specif. Gewicht 1014; Reaktion neutral; gibt bei langsamen Erhitzen eine homogene, feste Gallerte; mit aq. dest. stark verdünnt und schwach angesäuert (mit ac. acet.) starke weissliche Trübung ohne flockigen Niederschlag; demnach kein Albumin, sondern Paralbumin. Mit concentrirter Essigsäure keine Reaktion für Mucin.

Mikroskopischer Befund so gut, wie negativ.

Da somit ein Ovarialkystom mit grosser Wahrscheinlichkeit vorlag, so wurde am 30. März die Operation vorgenommen.

Nachdem die Patientin tief chloroformirt, wurde der Bauchschnitt in der lin. alb. gemacht, und zwar vom Nabel anfangend bis zur Symphyse. In der ca. 15 ctm. grossen Bauchwunde präsentirte sich das multilokuläre, vom rechten Eierstock ausgehende Kystom; dasselbe war frei von allen Verwachsungen. Der Stiel wurde mit Seide dreimal unterbunden, durchtrennt und versenkt. Bei der Unterbindung wurde das lig. lat. und die tuba mitgefasst. Nach sorgfältiger Reinigung des Abdomens wurde dasselbe durch Draht- und Seidensuturen geschlossen, und alsdann ein antiseptischer Verband angelegt.

Der nicht verdächtige Tumor hatte ein Gewicht von 3050 Gramm.

Herr Prof. Marchand berichtet über denselben: Der heute exstirpirte Ovarientumor hat ein Gewicht von ca. 3 Kilogr., ist sehr dünnwandig und besteht aus einer sehr grossen Anzahl kleinerer und grösserer Cysten mit ebenfalls sehr dünnen Scheidewänden, die ganz glatt und von Gefässen durchzogen sind. Flüssigkeit überall dünn, blassgelblich oder farblos, nirgends zähe colloide Massen. (Tumor frei von Verwachsungen). Mikroskopisch wurde an der Innenfläche der Cysten eine einfache Schicht niedrigen Cylinderepithels nachgewiesen.

Die Heilung erfolgte ohne Fieber. Am 22. April wurde Patientin entlassen.

Weiteren Nachrichten zu Folge ging es der Operirten zu Hause sehr gut. Sie übernahm wieder ihre häuslichen Pflichten und klagte über Nichts.

Am 27. Aug. d. J. wurde Herr Prof. Ahlfeld telegraphisch zu der Frau Zeiss gerufen. Sie fühlte sich seit drei Wochen nicht mehr wohl, klagte über Magenbeschwerden und über Schmerzen im Unterleib. Seit ca. acht Tagen waren Zeichen von Darmstenose vorhanden, die bereits zu Kothbrechen geführt hatte. Die vom Arzt bis dahin angeordneten Abführmittel waren ohne jeglichen Erfolg geblieben, ebenso die Wassereingiessungen. Herr Prof. Ahlfeld wiederholte letztere noch einmal, doch ebenfalls ohne Erfolg. Kräfte noch leidlich.

Es wurde beschlossen, die Patientin nach Marburg zu transportiren, da ein operativer Eingriff unvermeidlich schien. Die Patientin langte noch selbigen Abend in Marburg an und hatte den Transport leidlich überstanden.

Am 28. August Consultation mit Herrn Geheimrath Roser, welcher ebenfalls eine Verengerung des Darms in der Gegend des s. Z. versenkten Stiels vermuthete, und Nachmittags 2 Uhr Ausführung der Laparotomie durch Herrn Prof. Ahlfeld im Beisein des Herrn Geheimrath Roser und mehrerer Assistenten.

Das Abdomen wurde durch einen Schnitt in der lin. alb. vom Nabel bis zur Symphyse geöffnet. Die Dünndarmschlingen zeigten sich stark erweitert mit stark hyperämischer Serosa. In der Nähe des Coecums war eine Dünndarmschlinge durch einen harten ca. 2—3 ctm. breiten Strang fixirt; die Schlinge war an ihren beiden Fixationspunkten ringförmig verengt, das Ende nach dem Coecum zu war vollständig, das obere mässig strikturirt. Der Gipfel der Schlinge wurde in die Bauchwunde eingenäht, und so ein anus praeternaturalis angelegt, was wegen der Kürze der Schlinge einige Schwierigkeit verursachte.

Die Patientin befand sich nach der Operation, obwohl der Koth durch den künstlichen After gut abging, nicht gut. Sie verfiel, ohne Fieber zu bekommen, und starb am 30. August, Nachmittags 6 Uhr.

Der Sektionsbefund (Prof. Marchand) lautet folgendermassen:

Abgemagerte Leiche; Abdomen nicht aufgetrieben, nur schwach gewölbt. In der Mitte verläuft vom Nabel nach der Symphyse eine durch Nähte geschlossene, frische Operationswunde, das untere Ende derselben klafft etwas auseinander, und es findet sich hier die Oeffnung eines in die Wunde eingenähten Darmes.

Nach Eröffnung des Abdomens zeigen sich die Dünndarmschlingen grösstentheils stark ausgedehnt; Peritonealüberzug geröthet, stellenweise mit leichten Auflagerungen, durch welche einzelne Darmschlingen unter einander und mit der Bauchwand verklebt sind. Hinter der Bauchwunde liegt eine stark gekrümmte Schlinge an der Bauchwand, welche mit dieser durch Nähte vereinigt ist und sich in der oben bezeichneten Weise nach aussen öffnet. Unmittelbar neben derselben ist ein zweiter stark aufgetriebener Dünndarmtheil vorhanden, welcher durch den zunächst höher gelegenen Theil des Dünndarms gebildet wird und an der Uebergangsstelle in den erstern eine ziemlich starke Einknickung darbietet, doch so, dass man mit dem kleinen Finger durch die äussere Oeffnung, wenn auch mit einiger Mühe, durch die verengte Stelle hindurch gelangen kann. Andrerseits führt das untere Ende direkt in das Coecum (die äussere Oeffnung liegt etwa 5—6 ctm. oberhalb der Valvula), doch ist dicht vor der Einmündung in letzteres der Darm durch starke narbige Verwachsung von aussen derartig umschnürt, dass es nur mit Mühe gelingt, den Finger hindurch zu bringen. Alle diese Theile sind mit einander durch feste narbige Adhäsionen verwachsen, andrerseits auch mit dem rechten obern Rand des Uterus, welcher ganz an den obern Rand des

Beckens herangezogen und hier fixirt ist. Das Ovarium dieser Seite fehlt, ebenso die Tuba, von welcher ein kurzer Stumpf noch am Uterus nachweisbar ist. Der Proc. vermif. ist ganz obliterirt, seine Mündung im Coecum kaum erkennbar, der Proc. selbst lässt sich nur unvollkommen zwischen den Adhäsionen nachweisen. Auch die (sehr enge) Flex. sigmoidea ist fest an dieser Seite des kleinen Beckens, dicht an der genannten Darmschlinge und dem Uterus fixirt. Das Coecum enthält eine dicke Fäcalmasse, der übrige Theil des Colon ist aber sehr eng und leer. Das Netz ist ebenfalls vorn an die Bauchwand und an die genannten Darmtheile angewachsen. Die Dünndarmschlingen bis hinauf zum Duodenum sind stark ausgedehnt und mit reichlichem flüssigen Inhalt gefüllt. Die Darmwand fühlt sich dick an, namentlich ist die Muscularis an dem untern Theile des Ileum stark verdickt. — In der Bauchhöhle an der Oberfläche der Schlingen etwas schleimig-eitrige Masse.

An der Oberfläche einzelner dieser Theile, besonders an der Flex. sigmoidea, und einiger anderer dieser Darmtheile im Bereiche der stärksten Verwachsung sind am Peritoneum und zwischen den Adhäsionen feste, weissliche Geschwulstknötchen wahrnehmbar.

Zwischen unterm Rand des rechten Leberlappens, in der Gegend der Gallenblase, und dem Colon transversum, sowie dem Duodenum findet sich eine feste, schwielige Verwachsung; die Gallenblase ist nicht erkennbar; die ganze Masse bildet einen festen, geschwulstartigen Knoten ohne grössere, deutlich erkennbare Geschwulstmasse; nur in der Tiefe ist eine von fibrösen Massen umgebene, stark geschwollene Drüse nachweisbar, welche auf dem Durchschnitt grösstentheils eine feste, käsige Beschaffenheit besitzt. — Das Colon transversum ist in der Gegend der stärksten Verwachsung stärker eingeengt durch eine in dasselbe hineinragende Erhabenheit, in deren Bereiche mehrere missfarbige, fistulöse Stellen vorhanden sind. Der

Ductus choledochus ist vom Duodenum aus vollständig durchgängig, aber sehr kurz; sehr bald hinter seiner Mündung stösst man auf einige kleine, etwas bröckliche, ziemlich locker sitzende Gallensteine. Unmittelbar dahinter liegt die Gallenblase, deren Ausführungsgang anscheinend ganz obliterirt ist; die Gallenblase selbst ist eng, klein, schwielig, mit weisslicher, dicker, an der Innenfläche etwas unebner Wand; sie enthält ebenfalls bräunliche Gallensteine, welche sie ganz ausfüllen; die Grösse der Gallenblase ist kaum die einer kleinen Wallnuss; an ihrem Scheitel führt eine Communication direkt in das Colon transversum an der oben erwähnten Stelle.

Das Duodenum ist vorn von den fibrösen Massen zum Theil eingeschlossen und fixirt, aber nicht eigentlich verengt.

Der Magen ist sehr weit, enthält reichliche, schmutzig gelbe, fäculent riechende Flüssigkeit.

Die Leber ziemlich klein; der rechte Lappen mit deutlich acinöser Zeichnung, mit stark gefüllten centralen Theilen; der linke Lappen (etwas comprimirt) gelbbraun gefärbt.

Milz klein, ohne Veränderungen.

Auch die Nieren ohne besondere Veränderungen.

Das linke Ovarium ist in eine etwa enteneigrosse, zahlreiche kleinere und grössere Cysten einschliessende Geschwulst umgewandelt. Die periphere Schicht desselben lässt sehr zahlreiche, dicht gedrängte, kleinere Hohlräume erkennen.

Herz und Lunge. (Von der Bauchhöhle aus besichtigt). Ersteres ohne besonderen Befund, stark mit Blut gefüllt. Lunge ausgedehnt, die oberen Partieen blassgrau; der Unterlappen der linken besonders hinten sehr blutreich, braunroth, mit einer Anzahl kleinerer und grösserer, confluirender, derber, hepatisirter Partieen mit granulirter Schnittfläche. Die rechte Lunge frei.

Sektions-Diagnose:

Incarceratio interna intestini ilei peritonitide chronica carcinomatosa post ovariotomiam dextram;

Peritonitis fibrinosa recens;

Pericystitis chronica carcinomatosa vesicae felleae;

Fistula cholecystica-colica; Cholelithiasis; Kystoma multiloculare ovarii sinistri; Pneumonia lobularis confluens lobi inferioris sinistri.

In dem grossen Werke von Olshausen (Handbuch der Frauenkrankheiten §. 236) finden sich diejenigen Fälle zusammengestellt, welche mit dem unseren zu vergleichen einen Theil dieser Arbeit ausmachen soll. Den von Winckel beobachteten erlaube ich mir etwas ausführlicher nach der Original-Mittheilung wiederzugeben:

Hofmann (Winckel, Berichte und Studien, Band II, p. 127. alin. 5), 42 Jahre alt, hat 4 Mal geboren. Beginn des derzeitigen Leidens im Jahre 1872. Durch Untersuchung wird constatirt: Eine zweitheilige Geschwulst im Abdomen, deren oberer Theil bis an den linken Rippenbogen reicht und sich höckerig und fest anfühlt, wogegen der untere, nach rechts gelagerte deutlich fluctuirt. Zwischen beiden Theilen verläuft eine tiefe Furche. Auskultation negativ.

Leibesumfang oberhalb des Nabels 113,5 ctm., unterhalb 116; Nabelhöhe 34 ctm., Höhe des Tumors links 63 ctm. Operation am 7. April. Adhäsionen mit Netz und Darm. Punktion der untern, grössern Cyste, deren Inhalt dunkel und leichtflüssig. Von der untern Cyste aus Zerreissung der Zwischenwand zur obern Geschwulst und Entleerung des zähflüssigen, colloiden, theils eiterähnlichen (Fettemulsion) Inhaltes. Unterbindung und Versenkung des Stiels. Drainage vom untern Wundwinkel durch den Douglas'schen Raum. Aeusserung des Verdachtes einer malignen Geschwulst nach der makroskopischen Erscheinung. Aus einem Theil der Geschwulst entleerten sich comedonenartige und eiterähnliche Massen. Die mikrosko-

pische Diagnose lautete auf colloide und fettige Entartung des Bindegewebes der Cystenwände, in den gelatinösen Massen noch typisch glandulärer Bau mit in schleimiger Metamorphose begriffenem Cylinderepithel. Die comedonen- und eiterähnlichen Massen aus Körnchenkugeln, fettig entarteten Epithel- und Rundzellen bestehend.

Bei der Operation war entfernt worden: Cysteninhalt 9850 Gramm, Cyste 3600, Ascites 1430, zusammen 14880 Gramm.

Nach der Operation stieg die Temperatur und Pulsfrequenz und erreichte am zweiten Tage 40,1 und 156 Pulse. Von da an fand ein allmähliger Rückgang statt; die Morgentemperatur hielt sich vom Beginn der zweiten Woche nicht unter 38°, die Abendtemperatur zwischen 38 und 39°, nicht selten auch darüber. Ein alter Bronchialcatarrh mit sehr heftigem Hustenreiz trug hierzu bei. Am 22. Tage p. operat. wurde das Drainrohr entfernt; am 27. stand die Patientin zum ersten Male auf. Von dieser Zeit an waren die Abendtemperaturen meist normal, bis nach 14 Tagen, während welcher die Patientin auf und schon im Garten gewesen war, ein Schüttelfrost und eine Temperatursteigerung auf 40,4 eintrat. Die beiden folgenden Tage noch hohe Temperatur und nach Verlauf derselben ein Exsudat im Douglas'schen Raum fühlbar. Von da an immer niedere Temperatur und ungestörter Fortgang der Heilung. Patientin wurde am 10. Juni scheinbar vollkommen geheilt entlassen. — Doch schon am 20. Juli kehrte sie zurück, sehr abgemagert, mit stark aufgetriebenem Abdomen und dilatirten Venennetzen in der Bauchhaut. Grösster Umfang des Leibes 91 ctm., in Nabelhöhe 86 ctm. Ein höckriger Tumor von derber Consistenz hinter den Bauchdecken ist zu fühlen, nach oben und links deutlich abgegrenzt, übrigens unmerklich in die benachbarten Organe übergehend, adhärent der vordern Bauchwand. In der Bauchwand selbst sind oberhalb des Nabels kleine Knoten bis über Kirschengrösse zu fühlen. Etwas Ascites. — Seit etlichen Tagen bestand hartnäckige Obstipation

und fäculentes Erbrechen. Mittelst hoher Lavements wurde zunächst der Zustand erleichtert, das Erbrechen liess nach, doch trat Icterus, welcher bald eine beträchtliche Höhe erreichte, auf, und am Abend des siebenten Tages erlag die Kranke.

Die Sektion ergab Carcinom der Leber und des Peritoneums, parenchymatöse Nephritis und eine feste Verklebung der Darmschlingen sowohl unter einander, als mit der Bauchwand und den Genitalien, was zu zahlreichen Knickungen des Darmrohrlumens geführt hatte. Stenose des Darmes war keine vorhanden.

E. Martin (Eierstockswassersuchten p. 18). 32jährige Frau. Exstirpation eines gewöhnlichen, proliferirenden Kystoms; 11 Pfd. Gewicht. Stiel in die Bauchwunde eingenäht. Genesung. Tod nach 8 Monaten. Sektion: Krebs des Pancreas, beider Lungen und der Drüsen an ihrem Hilus; kleinere Knoten an der rechten Niere. Uebrige Bauchorgane frei.

Bantok (obst. Soc. transact. Lond. 1873. p. 2) exstirpirte beide Ovarien. Der eine Stiel war geklammert, der andere versenkt. Nach 3 Monaten beginnt ein Carcinom am eingeheilten Stiel. Tod 1 Jahr nach der Operation.

Panas (Gaz. des hôp. 1874. No. 89 und 92) fand bei einer Kranken 18 Monate nach der von ihm ausgeführten Ovariotomie: Carcinom beider Brüste, Infiltration der Achseldrüsen, Inguinal- und Lumbaldrüsen, Carcinom beider Clavikeln, des rechten Schulterblattes und der Wirbelsäule.

Herr Oberstabsarzt Dr. E. Müller in Oldenburg theilte Herrn Prof. Olshausen mündlich mit, dass eine Operirte 6 Monate nach der von ihm ausgeführten Exstirpation eines gutartigen Ovarialtumors mit Carcinom des Netzes, welches in den obern Wundwinkel eingenäht worden war, gestorben sei.

Zwei Fälle theilt Klebs mit: Nach unvollkommener Exstirpation eines gutartigen Tumors durch Neuhaus in Biel entwickelten sich zuerst an der Narbe weiche, gefässreiche Geschwulstmassen, die den Charakter des Adenoms zeigten. In dem zweiten Falle (von Spiegelberg) war ein Gallertcystoid

exstirpirt, worauf sich später Geschwülste im kleinen Becken und ein ulceröses Dünndarmcarcinom bildeten.

Sp. Wells. Fall 3. Patientin von 33 Jahren. Tumor von 21 Pfd. Gewicht, mit unzähligen kleinen Cysten. 57 Pfd. Ascites. Patientin stirbt nach 10 Monaten. Man findet chronische Peritonitis mit zahllosen Neubildungen, welche durchgehends zelliger Natur sind.

Sp. Wells. Fall 61. Frau von 61 Jahren. Tumor von 37 Pfd. Gewicht. Viele Adhärenzen. Am Coecum bleiben kleine Theile des Tumors zurück. Nach der Genesung, 2½ Monate nach der Operation, Erkrankung unter Erbrechen und Leibschmerzen. Schnell lethaler Ausgang. Man findet alle Organe, welche rechts in der Bauchhöhle liegen, von Carcinommassen eingehüllt; im zurückgebliebenen Ovarium Scirrhus und Cystenbildung.

Sp. Wells. Fall 63. 38jährige Frau. Tumor von 46½ Pfd. Gewicht. Schwierige Operation. Anscheinend gewöhnliches, proliferirendes Kystom. Tod nach 3 Monaten. Die ganze Bauchhöhle findet sich mit Encephaloidmassen erfüllt.

Sp. Wells. Fall 111. Kranke von 45 Jahren. Eigenthümliche Geschwulst. Multiple Cysten. 16 Pfd. Nach 6 Wochen ist Krebs in der Bauchnarbe nachweisbar.

In seinen weitern Tabellen führt nun Wells noch 12 Fälle auf, welche hierhin gehören, nämlich die No. 127, 151, 330, 331, 433, 519, 545, 557, 605, 656, 712, 764. Die spätere Krankheit wird 6 Mal einfach als Carcinom bezeichnet (1 Mal als malignant Disease, 1 Mal als diffuses Carcinom, 1 Mal als Carcinom des Stiels), 1 Mal als carcinoma uteri und zwei Mal als carcinoma recti.

Auch Verneuil und Boinet sollen Carcinome bei Ovariotomirten gesehen haben; Letzterer am Stiel.

Olshausen hat nach verschiedenen Punkten die von ihm gesammelten Fälle zusammengestellt. Sehen wir zu, wie sich unser Fall einordnen lässt.

Ueber die Häufigkeit sagt Olshausen (Handbuch der Frauenkrankheiten S. 384. alin. 4): »Was die von Sp. Wells nur tabellarisch rubricirten Fälle betrifft, so ist in keinem einzigen Falle betreffs des exstirpirten Ovarialtumors erwähnt, dass er carcinomatös gewesen sei, was Sp. Wells gewiss nicht unterlassen hätte, wenn er den Tumor für maligne gehalten hätte. Die grosse Zahl von 16 Todesfällen an Carcinom nach Ovariotomie unter 800 Fällen, resp. von 599, welche die Operation überstanden, ist eine höchst bemerkenswerthe Erscheinung«.

Das Alter unserer Patientin entspricht der Lebensperiode, in der Carcinome überhaupt am häufigsten vorzukommen pflegen.

Das Alter der Patientinnen, von denen oben referirt wurde, war in einem Falle 21 Jahre, in 8 Fällen 30—39, in 5 Fällen 40—45, in 3 Fällen 50—61 Jahre.

Unsere Patientin starb 5 Monate nach der Ovariotomie. Olshausen sagt über die Zeit des Todes nach Ovariotomie (Handbuch der Frauenkrankheiten §. 237. alin. 2): »Die Zeit des tödlichen Ausganges schwankte zwischen 6 Wochen und $1^3/_4$ Jahren. In 7 Fällen erfolgte der Tod bis zu $^1/_2$ Jahr; in 5 Fällen vor Ablauf eines Jahres; in 5 andern erst im zweiten Jahre«.

Sitz des Carcinoms war in den mitgetheilten Fällen, wie auch in unserem, namentlich öfter gerade die Stelle, an der operirt worden war — der Stiel oder das benachbarte Peritoneum.

Von grösstem Interesse ist nun die Frage, in welcher Weise das Stielcarcinom mit der Ovariotomie in Zusammenhang zu bringen sei.

Olshausen führt seine gesammelten Fälle folgendermassen ein (Handbuch der Frauenkrankheiten §. 236):

»Nicht minder traurig, als die eben geschilderte Affektion-Darmfisteln nach Ovariotomie — und zugleich anscheinend viel häufiger, ist eine andere Nachkrankheit nach Ovariotomie, nämlich Carcinom an irgendwelchen Unterleibsorganen«, und spricht sich dann eingehender über die Aetiologie aus (Handbuch der Frauenkrankheiten §. 237. alin. 3):

»Fragen wir nun nach der Ursache dieser auffälligen Erscheinung, so ist es nur möglich, folgende Alternative aufzustellen: Entweder es handelte sich in den betreffenden Fällen, wenngleich ein proliferirendes Kystom vorzuliegen schien, doch um einen Mischtumor; es waren carcinomatöse Partieen gleichfalls vorhanden; oder der Ovarialtumor war ein gewöhnliches Myxoidkystom; seine Exstirpation bedingte aber das spätere Carcinom und zwar durch Zurückbleiben epithelialer Zellen aus dem Adenom oder Hineinfallen solcher Zellen in die Bauchhöhle. Diese epithelialen Elemente fassten daselbst Fuss, wurden weiter ernährt und entwickelten sich zu Carcinomen«.

Unser Fall giebt uns Gelegenheit, eine andere Erklärung aufzustellen. Selbstverständlich bedürfen die Fälle kaum der Erläuterung, in denen der exstirpirte Tumor selbst verdächtig war; denn hier kann direkt ein Zusammenhang mit den Nachbarorganen nachgewiesen werden. Wo aber der exstirpirte Tumor und seine Umgebung sicher frei von jeglicher Carcinomerkrankung war, da scheint meines Erachtens die Erklärung die einfachste, dass schon vor der Operation fern vom Tumor und dessen Umgebung ein Carcinom sich befunden, welches nach der Operation durch Metastase die Infektion des Peritoneums oder des Stiels etc. bewirkte, wie in unserm Falle, in dem sich das Primärcarcinom an der Gallenblase und deren Nachbarschaft entwickelte, welches aber nach der Ansicht des Herrn Prof. Marchand wahrscheinlich schon zur Zeit der Ovariotomie in seinen Anfängen bestanden hatte.

Dass nun gerade die Organe, die bei der Operation in Betracht kamen, secundär erkrankten, findet vielleicht seine Erklärung darin, dass dieselben bei der Operation der Serosa entkleidet wurden, wo dann abgebröckelte Partikelchen oder gelöste Epithelien von bereits anderweitig bestehendem Carcinom sich leichter festsetzen und weiter entwickeln konnten.

Lebenslauf.

Friedrich Wilhelm Gruss, geb. am 24. März 1856 zu Brilon, Sohn des Gastwirths Joh. Gruss und dessen Ehefrau Elisabeth, geb. Winter, katholisch, besuchte Elementarschule und Gymnasium seiner Vaterstadt, woselbst er Ostern 1879 die Maturitätsprüfung bestand. Herbst 1879 wurde derselbe in der medicinischen Fakultät in Würzburg inscribirt. Ebendaselbst absolvirte er vom 1. April bis 1. Oktober 1880 die erste Hälfte seiner aktiven Dienstzeit als Einjährig-Freiwilliger. Seit Sommer 1881 besuchte er die Universität Berlin und bestand dort Ende des Sommersemesters 1882 das tentamen physicum. Seit Herbst 1882 in Marburg, beendete er hier am 9. Januar 1885 die medicinische Staatsprüfung und bestand am 27. Februar eiusdem das examen rigorosum.

Vom 2. Februar bis 1. August d. J. absolvirte Verfasser die zweite Hälfte seiner Dienstzeit als einjährig-freiwilliger Arzt in Cassel, und schloss daran eine 6wöchentliche Reserveübung behufs Erlangung der Qualification zum Assistenz-Arzt der Reserve. Die Ernennung zum Assistenz-Arzt II. Cl. der Reserve erfolgte am 24. November cr.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

In Würzburg: Fiek, Flesch, Kölliker, Kunkel, Wislicenus.

In Berlin: Du Bois-Reymond, Helmholtz, Hirsch, Hofmann, Levin, Pinner, Reichert, Virchow.

In Marburg: Ahlfeld, Frerichs, Gasser, Heusinger, Horstmann, Hüter, Lahs, Mannkopff, Marchand, Roser, Schmidt-Rimpler, Schottelius.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht der Verfasser hiermit seinen Dank aus.